

TESIS
1111

CONSULTA EN SALA
TESIS DE DOCTORADO EN ODONTOLOGÍA.

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR.

AUTOR DE LA TESIS:

ODONTÓLOGO FABIO M. HERRERO.

PADRINO DE TESIS:

PROF. DR. GUILLERMO ROSSI.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

**ESTUDIO COMPARATIVO
DE DISTINTOS TIPOS
DE MEMBRANAS
REABSORBIBLES
EN LA REGENERACIÓN
DE DEFECTOS INFRAOSEOS**

ÍNDICE DEL TRABAJO

- 1) Introducción.**
- 2) Materiales y métodos.**
- 3) Resultados.**
- 4) Discusión.**
- 5) Resumen.**
- 6) Conclusiones.**
- 7) Referencias bibliográficas.**

REGENERACIÓN TISULAR

GUIADA EN DEFECTOS

INFRAÓSEOS

PERIODONTALES CON EL

USO DE BARRERAS

BIOREABSORBIBLES

RESULTADOS A 9 MESES

Introducción

El objetivo de la terapia periodontal es brindar salud y bienestar a la dentición del paciente durante toda su vida. Para alcanzar este objetivo, el tratamiento periodontal acciona en una primera instancia sobre los patógenos periodontales para eliminar la infección provocada por ellos y de esta manera detener la pérdida ósea, y devolver la estabilidad y la salud a los tejidos periodontales.

Una vez alcanzado este objetivo inicial, el tratamiento apunta a intentar subsanar los cambios morfológicos ocasionados por el accionar de la enfermedad, que dan como resultado cambios en el aparato de soporte de la pieza dentaria, traducidos en: pérdida de inserción clínica, aumento en la profundidad de sondaje y pérdida ósea.

A partir de 1982, la investigación mundial ha trabajado y orientado su esfuerzo, intentando devolver las estructuras periodontales perdidas, las cuales involucran hueso, cemento y ligamento periodontal.

Antes de comenzar a transitar el camino de la regeneración periodontal, es conveniente describir algunos conceptos sobre distintas alternativas terapéuticas periodontales, a saber:

Curación: es un mecanismo que permite alcanzar la restauración de los tejidos en estado de salud idéntico al que tenían antes de la enfermedad.

Esta curación puede involucrar dos procesos:

Reparación: es la curación de una herida por un proceso biológico que involucra la formación de un tejido que si bien restaura la solución de continuidad producida por la lesión, no son estructural, ni funcionalmente similares a los perdidos.

La reparación en periodoncia se denomina adaptación ó readherencia epitelial, definida:

a) readherencia epitelial: es el cierre de la bolsa periodontal por la formación de un epitelio de unión largo y neoformación de fibras dispuestas en forma paralela a la superficie radicular. No hay neoformación de cemento y puede haber ó no formación de hueso (Fig. 1.).

Regeneración: es la curación de una herida, por un proceso biológico que involucra la formación de tejidos que son estructural y funcionalmente, total ó parcialmente similares a los perdidos. La regeneración en periodoncia se denomina nueva inserción. Implica la formación de nuevo cemento y nuevas fibras periodontales insertadas funcionalmente a la superficie radicular previamente expuesta a la enfermedad periodontal, puede ó no haber formación de hueso. (Fig. 2 y 4.).

Por lo expuesto, la regeneración ósea se puede dar con reparación, es decir, un epitelio de unión largo entre la superficie radicular y el nuevo hueso ó con nueva inserción con fibras periodontales insertadas en el nuevo hueso y en el nuevo cemento. No debe confundirse nueva inserción con reinserción, que es la reunión de fibras sobre la superficie de cemento sano con ligamento periodontal viable, (Fig. 3a-3b).

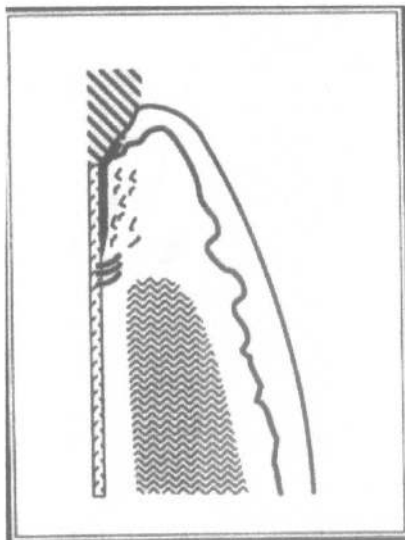


Fig. 1. Readherencia epitelial.

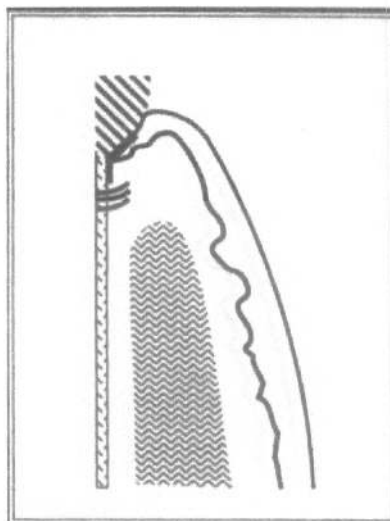


Fig. 2 Nueva inserción.

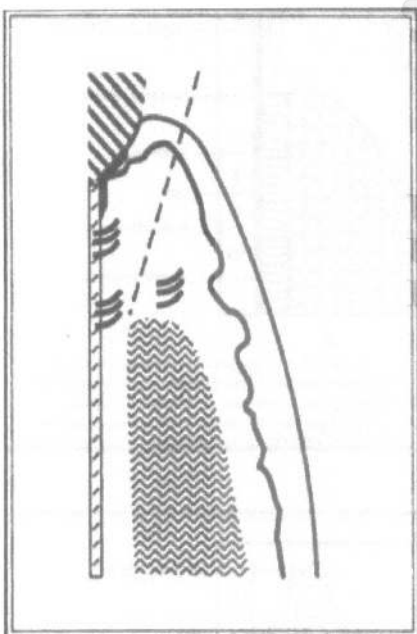


Fig. 3a. Reinserción.

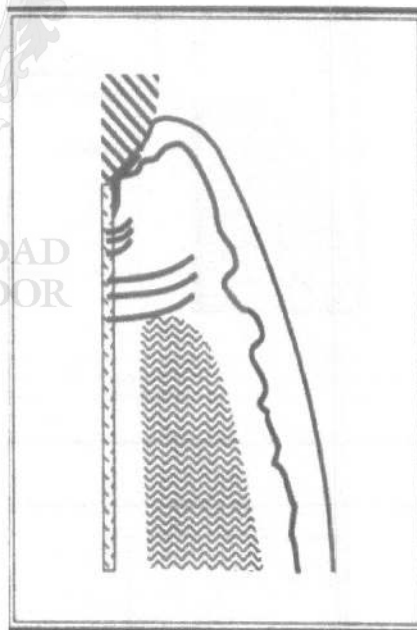


Fig. 3b. Reinserción.

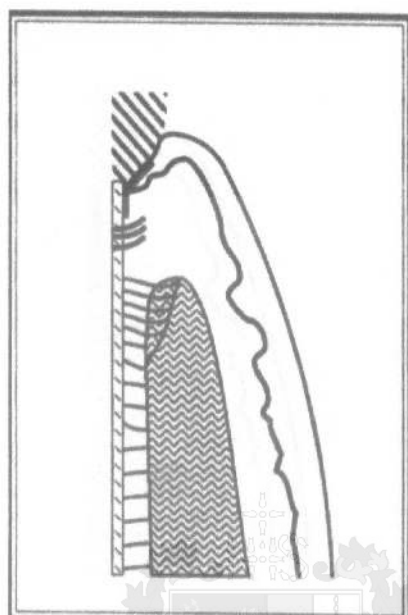


Fig. 4. Regeneración periodontal.

Para justificar los conceptos anteriores, hay que comenzar con la descripción de algunos principios importantes respecto de la curación de las heridas en las estructuras periodontales (80, 81 y 82).

En 1976, Melcher (72), postuló que las células que repueblan la superficie radicular después de una cirugía, serán las encargadas de determinar el tipo de curación que se producirá sobre ella. Lo que estableció fue que después de realizar una incisión a bisel interno, eliminar el tejido de granulación presente y de preparar la superficie radicular, decontaminándola con un raspaje y alisado, dicha superficie puede ser repoblada por cuatro

tipos de células distintas, a saber: células epiteliales, células del tejido conectivo gingival, células del tejido conectivo óseo y células del tejido conectivo del ligamento periodontal. (Fig. 6.).

A partir de estos postulados se comenzaron a realizar diferentes tipos de experiencias, con el fin de poder establecer cuales de las células de los tejidos que participan del proceso de curación periodontal, es capaz de generar las células necesarias para la regeneración de los tejidos perdidos durante el desarrollo de la enfermedad periodontal. Este era uno de los interrogantes planteados, el otro que surgió, fue si podría ser realizado, primero en una superficie sana y en segundo término si se podría obtener la colonización de esas células en una superficie radicular que haya sido expuesta a los efectos de la enfermedad periodontal.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

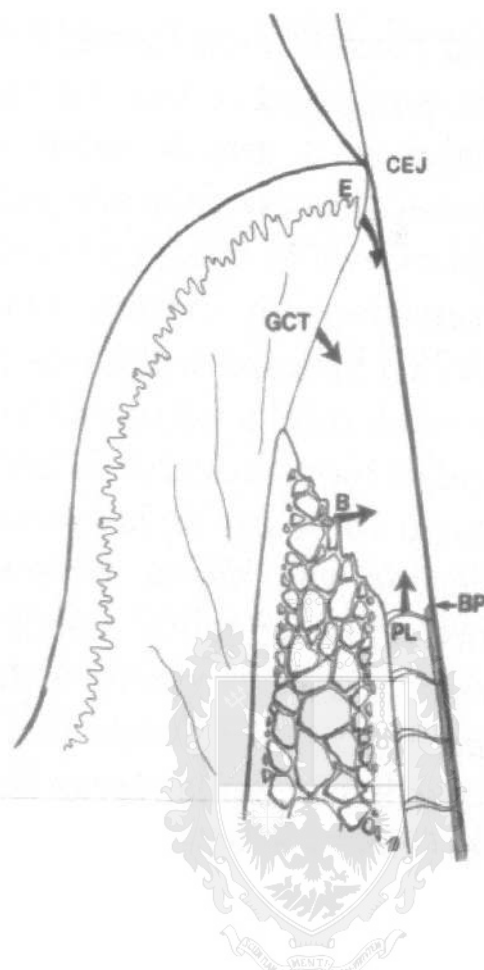


Fig. 6. Esquema ilustrando los tejidos participantes en el proceso de cicatrización periodontal.

E: células epiteliales.

GTC: células del conectivo gingival.

B: células óseas.

PL: células del ligamento periodontal.

Se comenzaron una serie de experimentos, analizando la capacidad de cada una de las células de los tejidos antes nombrados, con el objetivo de establecer que clase de curación generaban cada uno de ellos sobre la superficie radicular.

Caton y colaboradores (1980)⁽⁸¹⁾ utilizaron un modelo experimental en monos, para estudiar la curación de las estructuras periodontales después de distintas alternativas de tratamiento periodontal. Se establecieron cuatro grupos en el trabajo:

- 1) raspaje radicular y curetaje del tejido blando, realizado periódicamente.**
- 2) raspaje radicular combinado con colgajo de Widman modificado sin cirugía ósea.**
- 3) raspaje radicular en combinación con colgajo de Widman modificado sin cirugía ósea, pero con implante de médula roja y hueso esponjoso autólogo congelados previamente.**
- 4) raspaje radicular en combinación con un colgajo de Widman modificado sin cirugía ósea, pero con un implante de fosfato tricálcico beta.**

Las mediciones histométricas realizadas en las biopsias obtenidas demostraron que en los cuatro procedimientos ejecutados, dieron por resultado la formación de un epitelio de unión largo sobre las superficies radiculares tratadas, sin ninguna evidencia de nueva inserción de tejido conectivo. Las células apicales del epitelio de unión siempre se ubicaron en el nivel pre-quirúrgico, o muy cerca del mismo. (Fig. 7.).